

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

ADLY-FAYEZ-KOTRY

De la Faculté de Médecine de Paris

Né au Caire, le 9 Août 1903

Travail de la Clinique Urologique de l'Hôpital Necker

TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE
DE
L'URÉTRITE POSTÉRIEURE

Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

ADLY-FAYEZ-KOTRY

De la Faculté de Médecine de Paris

Né au Caire, le 9 Août 1903

Travail de la Clinique Urologique de l'Hôpital Necker

TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE
DE
L'URÉTRITE POSTÉRIEURE

Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1931

LE DOYEN. . . . M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENOMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LœPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM

ALAJOUANINE . . . Neurologie et psy-
chiatry.
AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale
BROCQ. . . . Pathologie chirurgi-
cale.
BRULÉ . . . Pathologie médicale.
CADENAT . . . Pathologie chirurgi-
cale.
CATHALA . . . Pathologie médicale.
CHABROL . . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER . . . Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES . . . Pathologie chirurgi-
cale.
DOGNON . . . Physique.
DONZELOT . . . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY . . . Urologie.
GARNIER . . . Pathologie expéri-
mentale.
GASTINEL . . . Bactériologie.
GATELLIER . . . Pathologie chirurgi-
cale.
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER . . . Pathologie médicale.
HAZARD . . . Pharmacologie.
HOVELACQUE . . . Anatomie.
HUTINEL . . . Pathologie médicale.
HUGUENIN . . . Anatomie pathologi-
que.
JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). . . Chimie biologique.
LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngolo-
gie
LEVEUF . . . Pathologie chirurgic.
LÉVY-VALENSI. . . Neuro-psihiatrie.
LIAN . . . Pathologie médicale.
MILLOT . . . Histologie.
MONDOR . . . Pathologie chirurgic.
MOREAU . . . Pathologie médicale
MOULONGUET . . . Pathologie chirurgic.
MOURE . . . Pathologie chirurgic.
MULON . . . Histologie.
N . . . Physiologie.
OBERLING . . . Anatomie pathologi-
que.
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIEVRE . . . Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique
QUÉNU . . . Pathologie chirurgi-
cale.
RICHET . . . Physiologie.
SAUNIE . . . Chimie biologique.
SÉZARY . . . Dermatologie et sy-
philigraphie.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) . . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL . . . Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM

BUSQUET . . . Pharmacologie.
GUÉNIOT . . . Obstétrique
LEQUEUX . . . Obstétrique
LEROUX . . . Anatom. patologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
REITTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ABRAMI	} Clinique médicale	HEITZ-BOYER. . .	} Clinique chirurgicale (suite)
CHIRAY		MATHIEU	
DEBRÈ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
FIESSINGER. . . .		SCHWARTZ.	
LIGNEL-LAVASTINE. .		LE LORIER.	
BASSET	} Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL. . . .	} Clinique obstétricale
CHEVASSU.		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Hommage filial et respectueux.

A M. LE PROFESSEUR F. LEGUEU
PROFESSEUR DE CLINIQUE UROLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour le grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR P. R. FLANDRIN

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL

CHEF DU SERVICE UROLOGIQUE DE LA MAISON

DE SANTÉ DU GARDIEN DE LA PAIX

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.*

*Qui nous a aidé et conseillé durant
sa rédaction.*

*Pour les marques de sympathie et
l'intérêt qu'il nous témoignait
pendant nos études.*

Hommage et reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE
MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE PARIS

*Qui, par leur bienveillance et leur
accueil paternel, nous ont, en même
temps qu'initié à la médecine
française, appris à aimer et la
France et les Français.*

CHAPITRE I

Généralités

La fréquence et l'importance de l'urétrite postérieure au cours des urétrites traînantes et prolongées justifie le titre de notre travail. La plupart de ces écoulements chroniques cèdent à un traitement direct et rationnel des lésions profondes qui siègent le plus souvent dans l'urètre prostatique.

Anatomie pathologique.

Il est classique de localiser les lésions de l'urétrite chronique dans les différents segments de l'urètre antérieur. Les folliculites, les littérites perceptibles au palper, les cowpérites que l'on décelé au toucher rectal dans le segment antérieur du sphincter anal et au-dessous du bec prostatique, sont classées depuis longtemps comme les causes

les plus fréquentes de la prolongation d'un écoulement.

Nous voulons insister ici sur l'atteinte fréquente, habituelle même de l'urètre postérieur, au cours de ces urétrites prolongées.

Cette notion n'est pas nouvelle, mais elle mérite d'être soulignée.

Janet n'écrit-il pas que l'urètre postérieur est envahi dans 25 % des cas au bout de 24 heures, dans 83 % des cas le huitième jour et dans 98 % des cas au bout d'un mois ? Ces chiffres, qui s'appliquent aux urétrites aiguës récentes, peuvent être sans exagération attribués aux localisations prédominantes de l'urétrite chronique.

La pratique de plus en plus étendue de l'urétroscopie totale, c'est-à-dire de l'examen direct de l'urètre antérieur et de l'urètre postérieur dans une même séance, en fournit chaque jour la preuve. Le docteur Flandrin (1) rapporte que dans la presque totalité des cas d'urétrites prolongées qu'il a pu examiner à l'urétroscope, les lésions de l'urètre postérieur étaient constantes et que lorsqu'il y avait des lésions de l'urètre antérieur associées et décelables à l'urétroscope, celles-ci étaient nettement moins accentuées, moins diffuses et moins profondes que les lésions de l'urètre prostatique. Il n'a jamais observé de lésions isolées et organi-

(1) De l'urétroscopie postérieure dans le diagnostic et le traitement des prostatites chroniques. Archives de la clinique de Necker, tome VI.

sées de l'urètre antérieur pouvant être tenues comme responsables de la prolongation de l'urétrite.

Les résultats de l'urétroscopie cadrent bien avec ceux que donne l'examen attentif des malades.

Presque toujours, l'atteinte prostatique, et plus rarement celle des vésicules, sera facilement mise en évidence. Le toucher rectal isolé peut être parfois insuffisant ; la glande peut être peu modifiée dans son volume et dans ses contours. Mais si l'expression glandulaire est pratiquée après un lavage soigneux de l'urètre, et après réplétion de la vessie au moyen d'une solution antiseptique faible, le liquide vésical, examiné après miction, est habituellement trouble, montrant en suspension de nombreux filaments et débris, en rapport avec une infection prostatique, que le seul toucher rectal ne suffit pas toujours à mettre en évidence.

On peut dire en outre, sauf exception rare, qu'il n'y a pas de prostatites chroniques sans lésions de l'urètre postérieur, seul le degré d'atteinte de ce segment profond de l'urètre varie essentiellement suivant les cas.

CHAPITRE II

Les urétrites chroniques sont habituellement les séquelles d'une urétrite aiguë gonococcique, dont la prolongation et le passage à la chronicité dépendent de causes variées :

1) Il s'agit le plus souvent de fautes de traitement. Les injections ont été mal faites, brutales, ou traumatisantes. On a utilisé des solutions trop concentrées et par conséquent irritantes. Le malade n'a pas eu la patience nécessaire et le traitement a été arrêté beaucoup trop tôt.

2) D'autres facteurs interviennent encore, ainsi toutes les causes de congestion pelvienne, la reprise de coït avant la guérison, les efforts musculaires trop tôt repris.

Insistons après tant d'autres sur les écarts de régime, l'ingestion de bière et de boissons alcoolisées avant la disparition définitive de l'infection.

3) L'influence des anomalies congénitales, comme l'étroitesse du méat, ou l'hypospadias, est réelle, mais somme toute assez rare.

4) Les malformations urétrales, comme les canaux borgnes paraurétraux et plus souvent les lésions glandulaires périurétrales susceptibles de préserver le gonocoque de l'action des antiseptiques ; comme les cowpérites, les folliculites et surtout les *prostatovésiculites*, pourront être tenues comme responsables de la prolongation de l'écoulement.

5) L'influence de certaines circonstances aggravantes : le lymphatisme, l'alcoolisme, l'herpétisme et l'arthritisme.

La persistance de l'écoulement au bout de six mois de traitement rationnel, ce qui n'est pas rare, ou de traitement incomplet, ce qui est plus fréquent, permet de considérer l'urétrite comme devenue chronique.

L'urétrite chronique n'est cependant pas l'apanage essentiel des urétrites aiguës gonococciques. Elle peut être quelquefois, mais rarement, amicrobienne, c'est-à-dire s'établissant en l'absence de tout élément microbien pathogène. Il est classique de les attribuer à un état lithiasique : « Goutte, Rhumatisme », ou à l'altération des urines.

Ces faits ne sont pas encore établis sur une base absolument scientifique et irréfutable. La phos-

phaturie peut cependant avoir une action irritante sur la muqueuse urétrale et déterminer à la longue des lésions urétrales chroniques. Presque toujours, l'urétrite chronique est septique et microbienne, sans toutefois être gonococcique.

A l'état normal l'urètre est pourvu d'une flore microbienne assez variée, dans laquelle on retrouve avec une fréquence variable :

Le colibacille, l'entérocoque, le staphylocoque, le streptobacille et le pseudo-diphthérique.

A la faveur de conditions spéciales, quoique exceptionnelles, ces microbes peuvent provoquer des urétrites chroniques qui seraient :

1) Chimiques, consécutives à des lavages prophylactiques utilisant des solutions trop concentrées.

2) Vénériennes non gonococciques.

3) Spontanées sans passé vénérien ; elles sont alors presque toujours *colibacillaires*.

La fréquence de ces urétrites spontanées *colibacillaires* paraît augmenter depuis que l'on connaît mieux les modalités du *syndrome entéro-rénal d'Heitz-Boyer*.

On les observe généralement chez des sujets présentant un fonctionnement intestinal défectueux, tenant :

1) A des lésions mécaniques du tube intestinal et en particulier du côlon droit, provoquant une stase intestinale chronique.

2) A une affection appendiculaire ignorée.

3) Au parasitisme si fréquemment observé dans les pays chauds, et plus rarement à des poussées subaiguës d'entérite.

L'infection urétrale est presque toujours secondaire à une prostatite du même ordre, elle peut exister et durer en dehors de toute localisation définitive du colibacille sur l'appareil pyélo-excréteur. Elle peut enfin s'installer à la suite d'une urétrite gonococcique ancienne.

Le premier cas a été rapporté par *Van Den Pluym et Ter Laag*, l'écoulement spontané apparut au milieu des signes généraux assez violents : céphalée, fièvre à 39,8 et tuméfaction de la rate.

L'écoulement était abondant, purulent et sanguinolent, le méat rouge et tuméfié. La guérison a été obtenue au bout de 20 jours de lavages.

Dans le cas de *Josépovice*, l'affection tourna court le 5^e ou 6^e jour. Généralement l'écoulement urétral est minime, intermittent, mais il s'accompagne de signes fonctionnels plus accentués ; comme la pollakiurie, le ténesme vésical, les douleurs irradiées au gland, au périnée ou au rectum, qui témoignent de l'atteinte prostatique simultanée. Une épididymite aiguë ou subaiguë peut compli-

quer le tableau clinique qui simule tout à fait alors celui d'une prostatite banale post-gonococcique ou d'une tuberculose génitale.

L'importance de ces complications génitales avait déjà attiré l'attention d'*Hoffmann*, qui signale la fréquence des prostatites, des épидidymites et même de rétrécissements pénien précoces au cours de ces urétrites colibacillaires, qui ne restent pas toujours localisées au segment profond du canal de l'urètre. Il est de toute évidence que la guérison de ces malades ne pourra être obtenue par le seul traitement urologique quelque complet et rationnel qu'il puisse être.

Le traitement du foyer initial est ici de première importance et si l'on veut éviter le caractère habituellement récidivant de la maladie, il importe au plus haut point de guérir autant qu'il sera possible de le faire, le foyer intestinal primitif.

Ainsi un malade du Docteur Flandrin n'a pu être guéri d'une prostatite spontanée, qu'à la suite de l'extirpation d'un appendice adhérent rétro-cæcal.

Mais ces urétrites non gonococciques, l'infection colibacillaire mise à part, sont en réalité, exceptionnelles. Elles ne devront être admises qu'après un contrôle bactériologique sévère.

Dans la pratique, la grande majorité des urétrites chroniques, que nous aurons à soigner doivent être considérées comme liées à une ou plusieurs infections gonococciques antécédentes.

CHAPITRE III

L'urétrite chronique détermine des symptômes fonctionnels et des modifications urétrales qu'il faut préciser par l'examen clinique.

Signes objectifs.

1) L'ÉCOULEMENT est le principal symptôme de l'urétrite chronique.

Ordinairement il est très atténué, n'apparaît qu'au réveil 6 à 7 heures après la dernière miction. Il peut être plus abondant, plus fluide et apparaître à plusieurs reprises dans la journée. La « goutte » demande parfois à être recherchée le matin avant la première miction, derrière les lèvres plus ou moins accolées du méat. Elle apparaît surtout si l'on a soin de presser le canal d'arrière en avant. Elle est d'aspect variable, franchement purulente, blanchâtre, jaune verdâtre, parfois grisâtre, ou bien enfin incolore et filante comme de la glycérine.

2) L'ÉCOULEMENT DE DÉFÉCATION : Au moment de l'expulsion du bol fécal, il n'est pas rare de voir

apparaître quelques gouttes d'une sérosité blanchâtre et filante au méat. Cette sérosité d'odeur spermatique contient, signalons-le en passant, des leucocytes, des cellules épithéliales, des granulations graisseuses, quelques spermatozoïdes et même des cristaux de Böttcher.

Cette prostatorrhée, ne doit pas être confondue avec le spermatorrhée. Elle est d'ailleurs rare en comparaison de la fréquence de la prostatite chronique, mais elle constitue malgré tout un très bon signe d'infection prostatique.

3) LA POLLAKUIRIE, intermittente, avec faux besoins d'uriner après une miction pourtant abondante est fréquemment retrouvée dans l'interrogatoire des malades. Ceux-ci signalent souvent l'existence de gouttes d'urine retardataires qu'ils attribuent à tort le plus souvent, comme l'examen le démontre, à un rétrécissement. Ces troubles mictionnels s'accompagnent souvent de brûlures et quelquefois d'élancements douloureux vers le gland, le périnée où le rectum.

4) LES TROUBLES GÉNITAUX sont fréquents. Ils signalent et confirment l'atteinte prostatique. Les érections incomplètes avec éjaculations rapides, la rareté des érections, les douleurs à l'éjaculation et souvent l'impuissance complète, expliquent bien l'intensité des troubles nerveux que l'on pourra rencontrer chez ces malades, et le terme de neurasthénie urinaire qu'on leur a donné.

Ces signes d'une atteinte prostatovésiculaire profonde, ne nous intéressent ici, qu'en raison de l'action aggravante que l'infection prostatique peut avoir sur les lésions d'urétrite postérieure.

5) LES DOULEURS en dehors des mictions manquent rarement. Les malades accusent souvent des sensations urétrales pénibles qu'ils comparent tantôt à un prurit localisé dans la fosse naviculaire ou l'urètre postérieur, tantôt à des élancements, à des piquûres d'aiguilles.

Ces douleurs ne sont pas violentes, mais leur continuité exaspère le patient et contribuent pour une part, non négligeable, au développement de la neurasthénie urinaire.

6) LES FILAMENTS sont souvent l'objet de préoccupations continuelles de la part des malades.

En les faisant uriner dans 2 verres on pourra constater leur présence constante dans le dernier verre d'urine.

Ils sont, soit courts, gros, tombants rapidement au fond du verre ; soit, petits en virgule également lourds, soit enfin minces, déliés et flottants plus ou moins longtemps dans le liquide avant de tomber au fond du verre.

7) LES URINES sont claires, quelquefois troubles, soit par suite de pyurie légère, soit par excès de phosphates. La réaction à l'acide acétique donnera sur ce dernier point des renseignements intéressants.

Examen clinique.

L'exploration du canal avec la boule olivaire n° 18 ou 20, rend compte des modifications de la surface interne de l'urètre. Celle-ci au lieu d'être indolore et régulière, présente des régions douloureuses, parfois rugueuses et saignantes au passage de la boule.

S'il n'y a pas de rétrécissement, la boule arrive dans la vessie, sans autre difficulté que l'arrêt habituel et passager du sphincter membraneux. Ici, le spasme est habituellement plus marqué qu'à l'ordinaire et la traversée douloureuse de l'urètre prostatique est un bon signe d'urétrite postérieure.

Souvent, l'exploration à l'aller et plus encore au retour accroche nettement à la hauteur du bulbe s'il y a un rétrécissement large; c'est-à-dire un léger rétrécissement ou une sténose au début avec induration limitée de l'urètre.

Le *toucher rectal* nous renseignera sur l'état de la prostate. Il n'y a pas en effet de prostatite sans urétrite postérieure.

La glande peut être :

1) Tantôt volumineuse, fortement saillante dans le rectum, à contours mal limités, à surface lisse, de consistance molle et homogène et très douloureuse à la pression.

2) Tantôt elle est plate, de consistance ferme avec des noyaux plus indurés et plus sensibles.

3) Les contours de la glande infectée peuvent être marqués par une périprostatite plus ou moins étendue.

Après l'examen de la prostate, on vérifiera l'état des glandes de Cowper en pinçant entre le pouce et l'index rectal le périnée antérieur, à droite et à gauche de la ligne médiane. Si l'une des glandes est infectée, elle devient dure et perceptible comme une bille à la palpation.

Les vésicules, lorsqu'elles sont malades, sont perceptibles au-dessus de chaque lobe prostatique, sous la forme d'une masse allongée, obliquement dirigée en bas et en dedans. Elles sont douloureuses et tendues s'il y a spermatoecystite.

Examen de laboratoire.

L'examen bactériologique de la *goutte* peut déceler :

1) Des gonocoques ; l'éventualité est rare, pour les mettre en évidence, il faut souvent pratiquer des examens multiples et irriter le canal par l'ingestion de bière, d'alcool, ou par une instillation de sublimé ou de nitrate d'argent.

2) Des microbes variés sans gonocoques, et cela malgré le soin qu'on aura mis à rechercher ce dernier. Les plus fréquemment retrouvés sont : le staphylocoque, le colibacille, l'entérocoque, le

streptobacille, le pseudo-diphthérique, le Friedlander et des cocci variés.

3) Enfin, elle peut être amicrobienne, avec des leucocytes dégénérés, suffisamment abondants et groupés pour affirmer la suppuration.

Les filaments ont la même constitution bactériologique que la goutte.

La spermoculture.

Conçue par Guépin en 1907, a été vulgarisée par Barbellion, Lebreton et Giscard.

Barbellion a conclu de ces recherches sur le gonocoque et la spermoculture que :

- 1) Le gonococcisme latent existe ;
- 2) On le trouve environ dans 6 % des cas chez l'homme paraissant guéri d'une blennorragie.
- 3) Bien faite, la spermoculture révèle dans 4 % des cas des gonocoques latents qu'aucun autre examen n'avait fait soupçonner.
- 4) Il faut, avant la spermoculture, mettre le malade à la bière pendant huit jours et lui faire 3 séances de dilatation.
- 5) On trouve dans 19 % des cas des pseudo-gonocoques, qui ne méritent pas qu'on leur attache plus d'attention qu'à de vulgaires staphylocoques.

En résumé, la spermoculture, de pratique extrêmement délicate, ne peut donner des résultats certains que si elle est faite dans des conditions de compétences particulières, sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

Cet examen bactériologique de sécrétions urétrales est non seulement intéressant au point de vue de la cause de la suppuration, mais il n'est indifférent de savoir au point de vue pratique et thérapeutique à quelle variété de microbes nous avons affaire.

CHAPITRE IV

Les conséquences de l'urétrite chronique postérieure sont nombreuses. Elles légitiment largement la nécessité de traitement direct que nous préconisons. L'infection prolongée de l'urètre postérieure et les lésions organisées qui en dérivent provoquent, entretiennent et aggravent la prostatite qui évoluera avec ou sans spermatocystite.

Les complications de la prostates vésiculites peuvent donc être considérées comme des complications indirectes de la maladie qui nous occupe.

Il en est ainsi des poussées de prostatite aiguë, de la formation des calculs prostatiques vrais, des épидidymites à rechutes et des troubles génitaux que nous avons énumérés plus haut.

Signalons, enfin, malgré sa rareté, la péricystite phlegmoneuse diffuse. Décrite pour la première fois par notre maître le Professeur Legueu, elle a fait l'objet de la thèse très documentée de Lieutaud (1). Une des observations de cette thèse, l'observation n° 19, concerne un malade atteint d'uré-

(1) Les Péricystites Phlegmoneuses. Paris, 1929, Arnette.

trite chronique sténosante avec prostatite. Le malade, au cours d'un traitement comportant des dilatations et des massages prostatiques, dut être opéré d'urgence d'une périecystite phlegmoneuse d'origine uréthro-prostatique, et succomba le septième jour après l'intervention à la suite d'une hémorragie secondaire grave et subite.

CHAPITRE V.

Les Instruments

Historique.

BOZZINI a eu le premier l'idée, en 1806, d'examiner l'urètre avec une canule en y projetant des rayons lumineux.

Vingt ans après, SÉGALAS construisit un « speculum urétro-cystique », dont la découverte lui est contestée une année plus tard par FISCHER et HEURTELOUP.

Ces tentatives ne furent suivies d'aucun résultat pratique, aussi l'endoscopie était à peu près oubliée, le jour où ANTONIN DESORMEAUX, en 1856, enleva avec son appareil un papillome de l'urètre. Cet événement marqua effectivement l'intérêt de l'endoscopie et c'est à juste titre que l'on peut considérer cette découverte comme étant d'origine française. Toutefois, le peu de maniabilité de ces appareils à éclairage externe en désintéressa la médecine pendant de longues années.

En 1885, NITZE inaugura la phase actuelle de l'endoscopie, en inventant le premier instrument à éclairage interne. Cependant, ce n'est qu'en 1899 que l'endoscopie est devenue vraiment pratique, lorsque VALENTINE remplaça la source lumineuse par une lampe électrique.

Les appareils de LUYs, de DEMONCHY et tant d'autres sont construits sur ce type.

L'endoscopie était au début surtout antérieure, c'est-à-dire ne servant qu'à explorer l'urètre antérieur seulement.

Pour l'exploration de l'urètre postérieure et du col vésical, les instruments précédants ne donnent pas satisfaction. Aussi les urologues se sont-ils préoccupés de fabriquer un instrument permettant une meilleure exploration des régions profondes de l'urètre.

C'est à GOLDSCHMIDT que revient le mérite d'avoir appliqué le système optique et la dilatation par l'eau sous pression dans l'uretroscopie postérieure.

Son instrument a été modifié en Allemagne par WOSSIDLO. Mais ces appareils ont une forme telle qu'une fois introduit dans l'urètre postérieur il est impossible de les faire tourner sur leur axe pour examiner successivement toutes les parties de l'urètre.

L'introduction de l'appareil de WOSSIDLO, avec son renflement considérable, est pénible et douloureuse. Le grossissement de son optique paraît exa-

géré. En outre, il est difficile à manier comme appareil thérapeutique.

Les Américains ont fabriqué plusieurs instruments excellents.

L'appareil de MAC-CARTHY nous retiendra, pour les avantages incontestables qu'il présente sur les instruments antérieurs; et pour la simplicité de sa construction.

Il se compose d'un tube externe avec mandrin et d'un télescope.

Le tube droit d'un calibre modéré et de section parfaitement cylindrique se termine à son extrémité vésicale par une sorte de bec ou de sabot, qui facilite l'introduction, mais n'empêche nullement l'instrument de tourner sur son axe dans tous les sens à l'intérieur de l'urètre. Il permet ainsi d'explorer toutes les portions de l'urètre postérieur, les différents segments du col vésical et même le trigone et les orifices urétéraux. Un peu en arrière du bec, le tube présente une fenêtre ovale longue de 28 millimètres, dont 13 millimètres sont occupés par une lampe à éclairage rétrograde, sans prisme, et les 15 millimètres restant servent d'ouverture utile.

Un système d'adduction et d'évacuation d'eau avec 2 robinets est fixé au tube externe.

Le télescope se termine par un prisme de Wappler à double réflexion, coupé obliquement du côté de l'objet à examiner. Avec cet appareil, les objets sont vus redressés. L'optique est établie pour

donner une vision distincte et grossie d'un objet situé à courte distance du prisme. L'appareil est enfin muni d'un tube pour le passage des sondes ou autres instruments opérateurs, que l'on peut manier avec assez de facilité, grâce à son petit onglet qui donne la faible obliquité nécessaire.

En France, le MAC-CARTHY a été modifié de façons diverses.

L'un de ses dérivés, l'urétrocystoscope de HEITZ-BOYER, est constitué d'un tube externe gradué en centimètres de façon à repérer avec facilité l'endroit examiné et terminé par un embout fixateur de la lampe et qui lui-même peut être de trois formes différentes : soit avec une partie terminale en béquille de gomme, soit avec un sabot taraudé permettant d'y visser une bougie conductrice, soit enfin avec un sabot de Mac-Carthy.

Le tube présente deux fenêtres séparées par une cloison mince, laissant ainsi à découvert une zone presque entièrement circulaire. Un mandrin double obture ces deux fenêtres lors de l'introduction.

L'appareil est muni de trois optiques différentes, permettant d'observer dans tous les angles désirés. Un dispositif spécial permet de faire pivoter ces optiques sur leur axe sans laisser échapper le liquide, et ainsi de pouvoir observer et découvrir toute la portion de l'urètre placée à cet endroit, sans donner à l'appareil aucun mouvement de rotation.

Les trois optiques employées permettent d'observer le champ avec la première sous un angle de 45° , la deuxième avec un angle de 90° et la troisième d'une manière légèrement rétrograde, sous un angle de 11° . Avec ces différentes inclinaisons, il est aisé de découvrir toutes les particularités qui peuvent échapper autrement à l'œil observateur.

Le décalage de l'optique se fait au moyen d'une bascule spéciale qui évite toute secousse au malade. L'appareil est muni, enfin, d'un onglet qui permet d'intervenir avec tout instrument souple ou sondes à cathétérisme ou diathermiques.

CHAPITRE VI

Technique

Avant de pratiquer un examen urétroscopique, il sera toujours prudent de s'assurer de l'état de l'urètre. S'il existe encore un écoulement notable ou même seulement une goutte matinale persistante, il faudra attendre et désinfecter dans la mesure du possible le canal encore irrité. Dans tous les cas, il est prudent de faire précéder l'examen urétroscopique d'une désinfection urétrale prolongée et autant que possible d'une vaccination. Il est aussi nécessaire d'explorer auparavant l'urètre du malade avec les boules olivaires appropriées et de lui faire quelques séances de dilatation au béniqué, pour assouplir son canal. En agissant autrement, on s'exposerait à être arrêté par un rétrécissement inattendu, ou à des hémorragies qui peuvent être la cause d'accidents infectieux secondaires.

Si le méat est étroit, plutôt que de le forcer brutalement, il convient de faire immédiatement une

méatomie. S'il existe une cystite avec urines troubles, on doit reculer l'examen jusqu'à la guérison tout au moins apparente.

Précautions opératoires.

Faut-il anesthésier les malades ?

Aux malades nerveux et émotifs, on pourra proposer une anesthésie épidurale, à la façon de Mocquot. La solution sera préparée extemporainement. On formulera

Novocaïne	0,60
Bicarbonate de soude.....	0,15
Chlorure de sodium.....	0,10

pour 1 ampoule scellée n°..., faire dissoudre le contenu de l'ampoule dans 30 c³ d'eau distillée avec où sans adjonction de 30 gouttes d'adrénaline à 1 0/00,

Stétiliser à l'ébullition dans une cupule en porcelaine, laisser refroidir et injecter. Les résultats sont excellents et la méthode n'offre aucun danger.

L'anesthésie rectale réalisée par un où deux suppositoires d'hémypnal et associée à l'instillation intra-urétrale de 10 cc. environ de novocaïne où de Butelline à 1 % donne généralement entière satisfaction. L'anesthésie générale est excessive et contre-indiquée. Il en est de même pour l'anesthésie rachidienne.

Introduction de l'appareil.

Le sujet est placé sur la table d'examen. Le gland étant lavé et l'anesthésie locale étant faite, l'opérateur se place à gauche du malade, saisit la verge de la main gauche et la tend verticalement, l'urétroscope, saisit de la main droite et bien imbibé de glycérine stérilisée est poussée dans l'urètre aussi loin que possible, mais sans violence. Continuant à appuyer fermement le bec de l'instrument au fond de l'urètre, on abaisse la verge de la main gauche en la tirant fortement dans le plan horizontal et même s'il est nécessaire au dessous du plan de la table (D^r Flandrin). L'urétroscope s'engage dans l'urètre membraneux, on sent qu'il n'y a plus de résistance et il glisse facilement d'avant en arrière. Dans le sinus prostatique, il faut pour continuer à faire progresser l'instrument, abaisser de plus en plus le manche. Parfois en arrivant au col, il y a un obstacle assez difficile à franchir, on sent une sorte de barre et après un ressaut plus ou moins marqué, l'instrument devient libre et glisse facilement dans la vessie. Le mandrin est alors retiré et remplacé par le télescope. On met ensuite en marche le courant d'eau en ouvrant le robinet d'adduction et celui de retour. On lave d'abord abondamment, pour chasser les impuretés vésicales et les bulles d'air, puis on ferme le robinet d'évacuation et on laisse la vessie se distendre. On pratique ensuite l'examen. Si

le malade éprouve le besoin d'uriner, on ouvre alors le robinet d'évacuation et on laisse le liquide s'écouler.

Pour nettoyer largement le champ, on laisse s'écouler une grande quantité de liquide. Après l'examen, on arrête l'arrivée d'eau, on éteint la lampe, on retire le télescope et la vessie se vide.

Précautions post opératoires.

Le simple examen, comporte seulement un bon lavage à l'oxycyanure faible ou à la phytoline au tiers, et ne présente aucune suite fâcheuse pour le patient.

CHAPITRE VII

Urétroscopie de l'urètre postérieur normal ⁽¹⁾

La technique de toute urétroscopie postérieure comporte successivement l'examen du contour du col vésical et du trigone, puis celui de l'urètre postérieur proprement dit, dans ses portions sus-montanales; montanales et sous-montanales.

A l'état normal le contour du col est régulier, souple, jaune pâle, concave en bas dans sa partie supérieure, à peu près horizontal sur son bord inférieur.

L'ensemble figure assez bien l'orifice d'un tunnel en fer à cheval peu fermé.

La région supramontanales.

Les limites de cette région sont nettes du côté du col. Vers le colliculus, elles ne sont précises qu'au

(1) D'après Noguès et Papin, Encyclopédie Française d'Urologie, T. V.

niveau du plancher et purement artificielles sur les faces latérales et supérieures. Le plancher de cette région se distingue des parois latérales et du plafond ; il paraît continuer le trigone dont les bords latéraux se rapprochent. Il présente immédiatement en arrière du rebord du sphincter une légère dépression appelée fossette prostatique.

La muqueuse de cette région est de coloration plus foncée que celle du reste de l'urètre sus-montanal. Elle présente des vaisseaux allongés suivant l'axe du canal, depuis le bord du sphincter jusqu'à la fossette prostatique.

Tantôt cette région est recouverte d'une muqueuse lisse ; tantôt elle est soulevée par des plis allongés suivant l'axe du canal, ce sont les freins du veru, qui vont du pied de cet organe au col de la vessie. Il peut n'y en avoir qu'un seul frein médian ou deux latéraux limitant la fossette prostatique, plus rarement enfin 4 ou 5 disposés en éventail.

Au niveau de la fossette prostatique, on rencontre les orifices des canaux principaux de la prostate : ils sont parfois cachés dans les fossettes secondaires que forment les freins multiples. On les trouve là au pied de la portion déclive du veru, ce sont des orifices en forme de fente, pour bien les voir il faut dilater fortement et brusquement l'urètre.

La région montanale.

Il faut distinguer :

- a) Une face inférieure ou plancher ;
- b) 2 faces latérales ;
- c) Une face supérieure ou plafond.

La face inférieure est de beaucoup la plus importante. Elle présente à considérer une saillie médiane oblongue : le colliculus seminalis ou veru montanum et 2 sillons latéraux (sulci latérales).

Le veru montanum présente de grandes variétés dans son volume. Il y en a d'aplatis n'occupant qu'une faible partie de la lumière urétrale et d'autres bombés et gonflés qui remplissent cette cavité. Si l'on considère l'aspect du veru montanum, on peut dire qu'il n'y a pas un type unique. C'est une saillie en forme de fuseau qui présente une pente assez brusque du côté de la fossette prostatique, un sommet puis une pente d'inclinaison plus douce, en console se dirigeant vers l'urètre membraneux.

Suivant que le veru est gros ou petit et suivant que l'urètre est faiblement ou fortement distendu, on peut voir tout le colliculus dans le champs ou seulement une partie.

Le sommet du veru est tantôt saillant, arrondi en dôme, tantôt plus aplati.

L'utricule débouche en général un peu au-dessous du sommet du veru, quelquefois plus bas encore.

Tantôt l'orifice est à peine visible, tantôt c'est une fente allongée, parfois encore un vaste trou limité en haut par une sorte de fer à cheval. Les canaux éjaculateurs sont souvent invisibles. Lorsqu'on les voit, ils peuvent être situés de chaque côté, sur le même plan que l'utricule, ou bien un peu au-dessus ou au-dessous, parfois encore ils sont situés irrégulièrement l'un au-dessus et l'autre au-dessous. Il n'est pas rare que les éjaculateurs débouchent dans l'utricule. Il existe des veru, irréguliers, quelquefois bifides, chaque corne répondant à un des canaux éjaculateurs. La coloration du veru est variable suivant que l'urètre est très distendu ou qu'il l'est peu. Dans le premier cas, la couleur est d'un jaune rosé assez pâle ; dans le deuxième, la coloration est par place d'un rose vif. Il existe à la surface du veru de petits vaisseaux sinueux courant parallèlement à son grand axe ; les plus gros se voient vers la queue du veru. A sa partie postérieure, le colliculus s'effile en pointe laquelle se bifurque en deux plis ou faisceaux de plis, qui vont gagner en s'effaçant la région membraneuse, c'est la crête urétrale avec les freins postérieurs du veru.

De chaque côté du veru se trouvent 2 gouttières appelées sulci latérales : ces 2 gouttières sont plus ou moins saillantes. Tantôt elles ont une forme régulière concave en dedans, tantôt elles ont l'aspect d'un sillon étroit si les parois latérales de l'urètre sont peu saillantes. Dans ces gouttières, on trouve des orifices des glandes prostatiques, sous forme

d'orifices punctiformes, ou de fentes allongées ou de petites fossettes ; on en compte de 2 à 6 de chaque côté. La muqueuse lisse et sans plis présente une coloration jaune rouge, elle apparaît un peu plus foncée que sur le veru, elle présente une vascularisation plus ou moins marquée avec des vaisseaux très sinueux à direction générale un peu oblique.

Les faces latérales de la région montanale ont une coloration assez vive avec une riche vascularisation. Le toit est lisse, régulièrement concave en bas, sans pli, et sans rien d'intéressant à signaler.

A l'urètre prostatique fait suite :

L'urètre membraneux.

Sur le plancher de la portion inférieure de l'urètre prostatique, on voit peu à peu les plis postérieurs du veru s'effacer et bientôt apparaissent des stries transversales formées par les fibres du sphincter strié.

Urétroscopie postérieure de l'urètre pathologique.

Les lésions d'urétrite postérieure peuvent être classées sous trois chefs :

1) Urétrite chronique postérieure avec veru montanite. Variété qui répond aux cas les plus nombreux. Sur 200 malades, le Docteur Flandrin l'a observé 168 fois.

2) Urétrite postérieure sans veru-montanite, forme moins fréquente.

3) Les veru montanites sans urétrite postérieure sont très rares. Nous n'en ferons pas mention dans notre travail.

En allant des lésions les plus simples aux lésions les plus complexes, on peut distinguer :

A) *La congestion simple de la muqueuse.* Cette congestion est rarement localisée, elle est le plus souvent diffuse, étendue à un long segment de l'urètre postérieur ; elle est caractérisée par l'exagération de calibre et de nombre des vaisseaux sous-épithéliaux. Dans les cas plus accentués, on trouvera des ecchymoses sous-épithéliales.

B) *L'œdème diffus,* s'associe souvent à la congestion, la muqueuse est alors uniformément rouge, épaissie, dépolie, les arborisations vasculaires sous-épithéliales ne sont plus visibles. Cet aspect paraît correspondre à *l'infiltration molle* des auteurs classiques.

C) A un degré plus avancé, on notera des lésions organisées. Savoir :

1) *L'œdème bulleux, soit à petites bulles,* confluentes et rouges siégeant sur le bord inférieur du col, elles tendent à gagner en haut l'angle antérieur

du trigone et plus en avant l'urètre sus-montanal ; soit à *grosses bulles*, formes plus fréquentes arrondies, saillantes, de couleur rosée. Elles siègent surtout sur le bord supérieur et les bords latéraux du col. Elles sont abondamment vascularisées et largement implantées sur la muqueuse sous-jacente. Elles se disposent en un seul plan, ou sur une profondeur plus étendue dans le sens antéro-postérieur et par rangées successives.

Au cours d'urétrites plus anciennes, la muqueuse urétrale présentera des lésions plus accentuées. Il ne s'agit plus alors d'œdème bulbeux, mais de véritables proliférations épithéliales et inflammatoires. Dans l'extrême majorité des cas, elles ne sont pas systématisées comme l'œdème bulleux et échappent à toute description d'ensemble.

D) Il peut s'agir de végétations charnues, irrégulières, de coloration rouge foncée, saignant au moindre contact et ne présentant pas d'axe conjonctivo-vasculaire apparent comme les polypes vrais.

Ces végétations siègent surtout dans la portion sus-montanale de l'urètre prostatique et dans l'intervalle des freins du veru. Elles sont beaucoup plus rares sur le col lui-même.

Habituellement, ces quatre lésions se combinent entre elles de façons diverses. L'œdème diffus et l'œdème bulleux peuvent exister en dehors de toute autre lésion ; au contraire, les végétations et les gra-

nulations évoluent rarement isolées, elles se combinent dans des proportions variables avec les différentes variétés d'œdème et de congestion.

E) Deux lésions seront plus rarement observées ; d'une part, des *granulations* de petit volume, lenticulaires, charnues, arrondies et de coloration rouge vif. D'autre part, des *ulcérations*, toujours difficiles à voir parce qu'elles sont voilées d'une façon à peu près constante par des plaques d'exsudats purulents et adhérents.

F) Beaucoup plus rarement encore, on observera au cours des vieilles urétrites des lésions *cicatricielles* de la muqueuse et d'aspect très particulier qui correspondent à *l'infiltration dure* des classiques. Il s'agit de plaques blanches, scléreuses, localisées surtout au-dessus du veru et parfois dans les sillons des freins latéraux.

Il n'est pas rare de noter alors des rétractions du veru, qui, déformé, n'occupe plus l'axe médian de l'urètre.

Les lésions du *veru montanum* sont fréquentes, rarement isolées, elles s'associent habituellement aux autres lésions de l'urètre.

Ces lésions peuvent être classées d'une façon identique aux lésions de l'urètre postérieur, étant donné que la muqueuse urétrale, qui tapisse les faces et

le sommet du veru montanum, présente la même structure que partout ailleurs dans les segments profonds de l'urètre. Les veru-montanites peuvent être :

a) *Superficielles* ; le veru est augmenté de volume, irrégulier, boursoufflé et déformé par les bulles d'œdème, les végétations ou les granulations.

b) *Profondes* : l'utricule est atteint, l'orifice utriculaire est béant, œdématié comme un orifice urétéral au cours d'une infection rénale prolongée.

L'urétroscopie postérieure peut fournir encore un certain nombre de signes endoscopiques qui permettent d'affirmer, même en l'absence de tous signes tirés du toucher rectal, le diagnostic de prostatite chronique. Ces signes endoscopiques qui n'appartiennent plus à la maladie qui nous occupe sont à peu près toujours associés aux signes d'urétrite postérieure. Rappelons, qu'ils consistent essentiellement dans les déformations de l'urètre prostatique associés à des lacunes plus ou moins profondes, ou à des orifices glandulaires anormalement ouverts et infectés.

CHAPITRE VIII

Traitement de l'urétrite chronique postérieure

Aux formes congestives simples conviennent les grands lavages uréthro-vésicaux. Il y a avantage à utiliser des solutions antiseptiques faibles ; oxycyanure de mercure à 0 cgr. 25 0/00; Protargol à 2 0/00; Phytoline à 25 % ou argyrol à 2 % et à leur associer des instillations de nitrate d'argent à 1 0/00.

A l'œdème diffus avec congestion convient l'effluation intra-urétrale au moyen de la grande électrode en verre à courbure béniqué. Deux séances de 10 à 15 minutes par semaine paraissent très suffisantes : dans l'intervalle, un grand lavage uréthro-vésical quotidien sera prescrit. Il convient dans ces cas de ne pas négliger la prostatite concomittante et de lui appliquer le traitement classique : lavements chauds, suppositoires antiseptiques, massage, diathermie ou effluation rectale.

Les lésions organisées, œdème bulleux et végétations, réclament une thérapeutique plus active et faite sous le contrôle de la vue. Ce traitement se résume dans l'emploi de la haute fréquence et dans sa forme particulière d'étincelage.

La technique de ces applications est assez délicate. Il est indispensable de faire varier non seulement le degré de distention de l'urètre, mais aussi les positions de l'appareil, pour pouvoir atteindre facilement tous les points malades. L'irrigation permanente que réalise l'appareil de Mac-Carthy et ses dérivés français est nécessaire pour y voir clair dans ces urètres qui saignent avec tant de facilité.

L'emploi des courants de haute fréquence en urologie, méthode d'origine américaine, s'est beaucoup généralisée en France depuis les travaux de Heitz Boyer. Ordinairement, ces courants de H. F. sont utilisés en urologie, sous 2 formes.

L'étincelage et l'électrocoagulation. L'étincelage est l'application à faible distance sur les lésions à traiter de courants de faible intensité et de haut voltage ; procédé déterminant la production d'étincelles, tandis que l'électrocoagulation consiste dans l'application au contact des lésions de courants de faible voltage et de forte intensité.

L'étincelage détruit en surface, sans escarre, l'électrocoagulation, détruit en profondeur avec carbonisation des tissus au point d'application de l'électrode.

La zone noire de carbonisation et la zone blanche d'électrocoagulation sont entourées, d'une zone de nécrose secondaire, non apparente et qui peut être l'origine de perforations spontanées.

Tous les appareils français, celui de **DRAPIER**, celui d'**HENNUY** et enfin celui de **HEITZ-BOYER**, permettent d'utiliser l'une et l'autre de ces modalités de courants de H. F., par le jeu simple de manettes ou par la manœuvre de l'éclateur. Ils sont tous d'un maniement très facile.

Dans les interventions urétrales, c'est l'étincelage qu'on utilisera, étant donné qu'il s'agit toujours de lésions peu résistantes, friables et que la zone de destruction étant donné le peu d'épaisseur des parois urétrales devra toujours être superficielle.

L'électro-coagulation est inutile et dangereuse. Elle doit même être formellement proscrite, parce qu'elle détruit profondément et peut être la cause d'hémorragies secondaires graves.

L'application de ces courants de H. F. peut se faire suivant 2 méthodes.

1. Le traitement ambulatoire.

Il a ses partisans et consiste à traiter les malades en plusieurs séances ; séance de courte durée pratiquée tous les 15 jours ou toutes les 3 semaines, suivies d'instillations d'huile goménolée à 20 %.

Nous nous élevons ici avec force, contre cette méthode, peu pratique, souvent incomplète et parfois dangereuse.

Il est en effet, fréquent d'observer chez les malades ainsi traités, des poussées aiguës d'urétrite avec recrudescence temporaire de l'écoulement, des douleurs mictionnelles avec pollakiurie et hématurie terminale. Parfois même une poussée aiguë de prostatite pourra provoquer une rétention.

Plus à craindre encore seront les némorragies. Elles seront très variables d'intensité et de durée, précoces ou retardataires, toujours terminales, quelques-unes ont nécessité l'hospitalisation d'urgence des malades.

Il faut enfin compter avec la négligence des malades qui ne se soumettront pas tous à la surveillance obligatoire entre les séances. Certains d'entre eux ne reviendront plus, après la première ou la deuxième séance, jugeant inutile de se soumettre à des examens et à des étincelages trop souvent répétés à leur gré.

2. Le traitement massif.

Il nous paraît être le plus pratique et le plus efficace. En une seule séance toutes les lésions seront soigneusement et complètement détruites. L'intervention est souvent longue, pénible pour le malade et le chirurgien, lorsque les lésions sont très développées. Il sera utile alors d'anesthésier le patient en utilisant l'épidurale ou l'anesthésie régionale par voie rectale.

Suivant les conseils de notre maître le Docteur

Flandrin, l'intervention terminée, l'urètre sera largement lavé à l'oxycyanure faible, au protargol où à la phytoline et le malade hospitalisé pendant 6 jours avec une sonde à demeure pour éviter les accidents infectieux et les hémorragies précoces.

La sonde à demeure sera choisie souple ; la sonde béquillée en caoutchouc et à plusieurs trous de Marion, nous paraît devoir être utilisée de préférence aux sondes rigides.

On la changera tous les 2 jours et le gland sera protégé par un pansement antiseptique fréquemment renouvelé.

Pendant la durée de l'immobilisation, on utilisera par la bouche les antiseptiques urinaires de la série uroformine.

De petits lavements chauds quotidiens où des suppositoires antiseptiques et calmants seront les compléments utiles de la sonde à demeure. Deux fois par jour on lavera la vessie et on veillera à la perméabilité de la sonde dans l'intervalle des lavages.

Il sera bon au moyen d'une seringue de Bonneau, à extrémité effilée de pousser quotidiennement une injection d'huile goménolée entre la sonde et le canal.

Du 5^e au 6^e jour, on supprimera la sonde à demeure. Le malade soumis à des lavages uréthro-vésicaux bi-quotidiens, poussés très lentement, sera gardé en observation pendant 48 heures. Puis à sa sortie la période de surveillance et de traitement se-

ra prolongée jusqu'à la disparition de l'écoulement et des petits signes fonctionnels post-opératoires, c'est-à-dire environ pendant 3 à 4 semaines.

Ces signes fonctionnels difficiles à éviter consistent en une exacerbation de l'écoulement, quelques douleurs post-mictionnelles associées à un degré parfois assez marqué de pollakiurie diurne.

Là encore les instillations huileuses et les petits lavements chauds laudanisés à la façon de Guyon rendront alors les plus grands services.

On devra avertir le malade que ce traitement direct urétroscopique se pourra seul le guérir. La destruction des lésions organisées permettra seulement au traitement classique qui jusqu'alors ne pouvait avoir d'effets définitifs et durables, d'amener rapidement la disparition de tous les signes.

CHAPITRE IX.

Observations

A l'hôpital, l'impossibilité d'hospitaliser les malades, vraiment trop nombreux, la difficulté de les retrouver plus tard, car beaucoup donnent de fausses adresses, font que nous ne pouvons tabler sur une statistique rigoureuse. Cependant, notre maître le Docteur Flandrin, a noté chez 31 malades attentifs à leur état, 31 résultats favorables vérifiés deux à six mois après le début du traitement et avec contrôle urétroscopique. Tous avaient été notés comme portant de grosses lésions et la presque totalité d'entre eux avaient antérieurement suivi de longs traitements, sans en retirer d'avantages appréciables.

Chez les malades de ville, qui peuvent être hospitalisés, surveillés et facilement suivis, les résultats sont dans l'ensemble des plus satisfaisants.

Nous apportons ici, 8 observations inédites, dont une sans passé vénérien, à coli pure, et 7 post-gonococciques.

Ces malades ont été traités et suivis par le Docteur Flandrin.

OBSERVATION I

URÉTRITE CHRONIQUE POSTÉRIEURE AVEC PROSTATO
VÉSICULITE ET ÉPIDIDYMITÉ. ÉTINGELAGE. GUÉRI-
SON.

Al..., 45 ans, consulte le 5 juillet 1925 pour écoulement incolore matinal, presque constant depuis 9 mois. N'urine pas la nuit, pas de dysurie, pas de troubles génitaux. Blennorragie il y a 22 ans, qui aurait été guérie en 1 mois.

A l'examen : Volumineuse épидидymite gauche avec gros déférent.

Vésiculite gauche et prostatite. Urines troubles avec gros filaments. Pas de rétrécissement, sensibilité au passage de la boule dans l'urètre postérieur.

Examen bactériologique :

Pus, colibacille et staphylocoque.

Traitement classique :

L'épididymite rétrocede assez rapidement. La prostatite s'améliore lentement. L'écoulement matinal devient intermittent. Les urines sont toujours troubles avec les mêmes filaments.

Urétroscopie le 25 mars 1927.

Contour du col déformé dans la moitié supérieure par de volumineuses bulles d'œdème.

Végétations charnues, disséminées dans l'urètre sus-montanal.

Veru montanite superficielle, ébauches de joues latérales (prostatite).

Etincelage, sonde à demeure pendant 4 jours.

Guérison maintenue en 1930. Prostate sèche, disparition totale de l'écoulement.

OBSERVATION II

URÉTRITE POSTÉRIEURE À GONOCOQUE AVEC PROSTATITE LÉGÈRE. ETINCELAGE. GUÉRISON.

Var. Edg., 39 ans, consulte le 7 septembre 1925 pour un écoulement continu, jaune verdâtre, tachant le linge, avec pollakiurie légère et douleurs post-mictionnelles.

L'abondance de l'écoulement a sensiblement augmenté depuis 8 jours. Mais le malade a un lourd passé génital.

Il contracte une blennorragie en 1913 qui n'a pour ainsi dire jamais guérie. Malgré tous les traitements suivis : lavages, instillations, hautes dilatations et vaccinations. On n'aurait jamais constaté de gonocoques dans la goutte matinale qui s'est maintenue sauf des rares exceptions depuis 1913.

A l'examen :

Urines louches avec filaments dans les 2 verres.

Le canal est libre, sans rétrécissements, mais la traversée de l'urètre prostatique est très douloureuse.

La prostate est augmentée de volume, rénitente et très douloureuse au toucher. La vésicule droite est manifestement atteinte. Il y a d'ailleurs des noyaux inflammatoires sur l'épididyme du même côté. Le massage prostatique trouble nettement le liquide clair introduit dans la vessie et rendu par miction.

L'examen bactériologique montre de nombreux gonocoques.

Traitement classique, massages, grands lavages et vaccination (12 piqûres d'auto-vaccin).

Résultats incomplets, le malade se déplorant fréquemment pour aller en Amérique où il est traité par un spécialiste de New-York.

Enfin, en 1927, le malade vient consulter : écoulement intermittent, gonocoques, prostatovésiculite nettement améliorée.

Il suit un traitement de désinfection, auto-vaccins, grands lavages, en vue d'un examen urétroscopique suivi s'il y a lieu d'étincelage.

Urétroscopie :

Bulles d'œdème sur le col ;

Granulations et œdème diffus de l'urètre sus-montanal.

Destruction des bulles d'œdème, étincelage en surface de l'urètre sus-montanal, sonde à demeure.

Guérison maintenue en 1930.

OBSERVATION III

URÉTRITE POSTÉRIEURE AVEC PROSTATITE ET SIGNES GÉNITAUX. ÉTINCELAGE. GUÉRISON.

B. Rog., 35 ans, consulte en mars 1927 pour écoulement matinal intermittent, prostatite de défécation, légère pollakiurie diurne et troubles génitaux d'allure progressive, érections incomplètes, éjaculations rapides.

2 blennorragies en 1914, la dernière au mois de juin et négligée pour cause de mobilisation.

A l'examen :

Urines louches, nombreux filaments. Canal libre, mais très vive sensibilité de l'urètre postérieur. Prostate dure douloureuse, avec exsudation notable après massage.

Examen bactériologique :

Colibacilles, pas de gonocoques, examen de la goutte et spermoculture.

Urétroscopie le 15 juillet 1927 :

Bulles d'œdème sur la moitié supérieure du col. Congestion diffuse et quelques végétations sur l'urètre sus-montanal. Veru montanite superficielle.

Examen négatif de l'urètre antérieur.

Étincelage, sonde à demeure.

Guérison, contrôlée par un examen urétroscopique en juin 1930.

OBSERVATION IV

Ros., 38 ans, consulte le 5 mai 1927, pour un écoulement chronique, matinal le plus souvent, mais survenant parfois dans la journée.

Dans les antécédents, 4 blennorragies. La première remonte à 20 ans, la dernière a été contractée il y a 3 ans. Elle a été incomplètement soignée et ne paraît pas avoir guéri.

A l'examen :

Filaments dans les 2 verres ;

Urines troubles, s'éclaircissant par l'acide acétique ;

Petits rétrécissements juxta-bulbaires ;

Urètre postérieur très douloureux au passage de l'explorateur ;

N'a jamais été dilaté ;

Prostate volumineuse, exsudats abondants après massage ;

N'a jamais eu de massages prostatiques.

Sur la foi d'un examen bactériologique qui aurait été positif au point de vue gonocoques. On prescrit de grands lavages journaliers au permanganate. 12 injections de gonagone et un massage prostatique par semaine.

Une spermoculture avait décelé des colonies de gonocoques (15) et une flore associée.

Entérocoques : 50 %

Pseudo-diphtérique : 20 %

Staphylocoques : 20 %

Friedlander : 10 %

Amélioration notable, mais l'écoulement persiste, sans gonocoques cette fois.

Mais le colibacille apparaît. L'intestin du malade est plutôt paresseux.

On prescrit un traitement et un régime, et on décide en novembre de faire un examen urétroscopique précédé d'une nouvelle série de lavages.

Urétroscopie :

Bulles d'œdème sur le contour supérieur du col ;

Congestion diffuse sur l'urètre sus-montanal avec quelques végétations charnues ;

Veru montanite superficielle.

Etincelage, sonde à demeure 5 jours. A la suite de l'intervention, pollakiurie diurne, quelques douleurs mictionnelles et de temps à autre quelques petites hématuries passagères.

Le malade reprend son traitement, on lui fait 29 massages et l'écoulement disparaît.

Revu en octobre 1930, les urines sont troubles, il y a 2 mictions la nuit. La prostate est peu modifiée et paraît asséchée. L'examen histo-bactériologique des urines montre des *colibacilles* nombreux avec pyurie et phosphaturie.

Urétroscopie de contrôle en novembre 1930, soit 3 ans après, urètre sain. L'examen décèle une pyélonéphrite à coli du côté gauche.

OBSERVATION V

URÉTRITE POSTÉRIEURE AVEC PROSTATITE LÉGÈRE.
ETINGELAGE. GUÉRISON.

Bo..., 20 ans, consulte le 5 janvier 1929 pour une goutte matinale purulente et léger écoulement clair pendant la journée. Pas de pollakiurie, pas de douleurs en urinant, mais vives démangeaisons dans le canal.

Blennorragie aiguë il y a un an et demi, traitée par des grands lavages journaliers au permanganate et des injections d'un stock vaccin antigonô. Ce traitement n'empêche pas l'apparition d'accidents articulaires vers la huitième semaine de la blennorragie. Polyarthrite fébrile avec signes d'urétrite postérieure qui se maintiennent pendant un mois.

Puis l'écoulement disparaît totalement jusqu'au mois d'octobre 1928 où il réapparaît sans raison. Dans l'écoulement, on retrouve des gonocoques. Le malade est traité par des grands lavages, des massages prostatiques et des injections de vaccin, sans d'ailleurs aucun succès. Les urines du premier verre sont légèrement louches avec des gros filaments. Celles du deuxième verre sont claires.

Au toucher, légère sensibilité prostatique, canal libre, douloureux en arrière du sphincter.

On reprend le traitement par les grands lavages, sans amélioration notable, et le malade se décide à un examen urétroscopique.

Urétroscopie, 14 avril 1929.

Col rouge. OEdème diffus.

Végétations de l'urètre sus-montanal avec grosse infiltration.

Rien de particulier dans l'urètre antérieur.

Etincelage en surface du col et de l'urètre sus-montanal. Hospitalisation, sonde à demeure.

Guérison maintenue.

OBSERVATION VI

URÉTRITE POSTÉRIEURE CHRONIQUE AVEC PROSTATITE
LÉGÈRE. ETINCELAGE. GUÉRISON.

Bass..., 30 ans, consulte le 8 mars 1929, pour un écoulement matinal purulent sans gonocoques qui dure depuis 1915. L'écoulement est intermittent, suit immédiatement les écarts de régime. Il n'y a aucun autre signe fonctionnel.

Les urines sont filamenteuses dans les deux verres. Les testicules et épидидymes sont normaux. Le canal est libre, mais très sensible au passage de la sonde dans l'urètre postérieur.

La prostate est petite, le lobe droit un peu développé et douloureux au toucher.

Le malade a contracté une blennorragie en 1915, négligée pendant la guerre, mais paraissant avoir évolué sans complications.

Depuis le malade a subi de nouveaux traitements, grands lavages, instillations, massages prostatiques.

Urétroscopie fin mars 1929.

Petites bulles d'œdème disséminées sur le col et sur l'urètre sus-montanal. Grosse congestion diffuse de tout l'urètre postérieur. Veru montanite superficielle, avec quelques végétations sur la partie supérieure du veru.

Etincelage, sonde à demeure pendant 3 jours, 24 heures d'observation à la clinique. La semaine suivante le malade fait chez lui deux grands accès fébriles avec sueurs et frissons. La situation redevient normale, avec cependant une légère pollakurie diurne.

Brusquement, le quinzième jour après l'intervention une hématurie abondante se déclare. Le malade était alors hospitalisé d'urgence et guéri simplement et définitivement le 4^e jour.

Guérison maintenue.

OBSERVATION VII

URÉTRITE CHRONIQUE POSTÉRIEURE A COLI-BACILLES
SANS ANTÉCÉDENTS BLENNORRAGIQUES. ETINCELAGE.
GUÉRISON.

Ber, consulte en avril 1929 pour des hématuries terminales, spontanées, intermittentes, irrégulières et dans l'intervalle desquelles les urines sont claires. Pollakurie légère, brûlures mictionnelles intermittentes

Aucun antécédent blennorragique.

Le début remonte à plus d'un an à Shanghai où le malade résidait alors, aurait présenté une atteinte colibacillaire.

A l'examen.

Urines claires avec quelques filaments. Rien aux testicules, rien à la prostate. Canal libre. Sensibilité de l'urètre postérieur.

Urétroscopie.

Grosses bulles d'œdème sur le versant urétral du col et disposées en plusieurs rangs dans le sens antéro-postérieur. L'urètre postérieur est très hyperémisé sans autres lésions organisées.

Etincelage. Sonde à demeure 5 jours.

OBSERVATION 8

URÉTRITE CHRONIQUE POSTÉRIEURE AVEC PROSTATITE.
ÉTINCELAGE. GUÉRISON.

Ber., 37 ans, consulte le 21 octobre 1929, pour suintement urétral presque permanent qui dure depuis 3 ans. A été traité à Saïgon, où on lui a appliqué le traitement classique sans succès. On n'a jamais constaté de gonocoques dans l'écoulement, mais seulement des staphylocoques.

Le malade a contracté une blennorragie il y a 15 ans qui paraît avoir guéri dans les délais normaux.

A l'examen, urines filamenteuses dans les 2 ver-

res. Phosphaturie. Pas de douleurs, pas de brûlures en urinant. Pollakiurie, diurne très irrégulière.

L'éjaculation est parfois douloureuse.

Les fonctions génitales sont normales. Epididymite gauche avec hydrocèle légère. Canal libre. Sensibilité vive de l'urètre postérieur. La prostate est modifiée dans la moitié gauche.

Petits filaments au massage et liquide légèrement louche.

Urétroscopie.

OEdème diffus et congestion sus-montanale. Quelques bulles d'oedème sur le col et sur la paroi postérieure de l'urètre au-dessous du verre.

Veru montanite légère.

En contrôlant l'urètre antérieur on note un point d'urétrite antérieure, à la partie moyenne de la paroi inférieure.

Etincelage. Sonde à demeure 5 jours. Guérison.

Conclusions

1) Dans les urétrites chroniques, traînantes et qui ne cèdent pas au traitement classique, l'atteinte de l'urètre postérieur et de ses annexes glandulaires, conditionne la prolongation de l'écoulement.

2) Ces urétrites chroniques postérieures sont habituellement les séquelles d'une ou plusieurs blennorragies antécédentes. En l'absence d'antécédents vénériens, il faudra incriminer une infection endogène d'origine *colibacillaire* le plus souvent et ne pas oublier que d'ailleurs *le gonocoque* « peut faire le lit » du *colibacille*. Cette notion est intéressante au point de vue traitement et pose la nécessité de traiter en même temps avec application l'intestin du malade.

3) L'urétrite postérieure présente des signes cliniques qui permettent dans le plus grand nombre des cas d'en faire le diagnostic : spasme membraneux exagéré, sensibilité de l'urètre postérieur au passage de la boule. Signes physiques et fonctionnels d'une prostatite ou d'une prostatovésiculite concomittante.

4) La prophylaxie des complications de l'urétrite postérieure chronique, nécessite la confirmation du diagnostic et la nomenclature aussi exacte que possible des lésions de la muqueuse au moyen de l'urétroscopie postérieure. Cette exploration est facile et bénigne.

5) Certaines lésions congestives ou œdémateuses peuvent encore guérir sans intervention. Au contraire les lésions organisées, œdème bulleux, végétations et ulcérations, nécessitent un traitement direct sous le contrôle de la vue. Ce traitement se résume dans l'application d'étincelles de haute fréquence. Le malade doit être ensuite hospitalisé, la sonde à demeure assure la cicatrisation et permet d'éviter les grands accidents d'infection ou d'hémorragie qui pourraient survenir au cours du traitement dit ambulatoire et par séances répétées.

6) Ainsi compris le traitement urétroscopique de l'urètre postérieur donne des résultats satisfaisants et mérite à ce titre d'être vulgarisé sur une grande échelle.

Vu, le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu, le Président,

F. LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie, 1921.

MARION. — Traité d'urologie, 1928.

LE FUR. — Organes génito urinaire de l'homme,
1924.

FLANDRIN. — Archives de la clinique de Necker,
T. VI.

FLANDRIN. — Trait. endoscopique de l'urétrite posté-
rieure, arch. de la clin. de Necker, T. V.

PAPIN. — Exploration et traitement des lésions de
l'urètre postérieur et du col vésical avec
l'appareil de Mac-Carthy. Arch. de la clin.
de Necker, T. III.

NOGUÈS ET PAPIN. — Encyclopédie Française d'Uro-
logie, T. V.

LUYS. — Traité de cystoscopie et d'urétroscopie,
1914.

FLANDRIN. — Urologie, 1927.

LEGUEU et PAPIN. — Précis d'urologie, 1921.

HEITZ-BOYER. — Traitement des lésions de l'urétrite
chronique par l'étincelage. Bull. Soc. Fr.
d'urolo., 1920.

HEITZ-BOYER. — Syndrome entéro-rénal et lésions de l'urètre postérieur et du col vésical. Congr. Tr. d'Urolog., 1923.

GAUTHIER. — Traitement endoscopique de l'urétrite chronique. Congr. Pr. d'Urolog., 1923.

JAMBRAU. — Précis de pathologie chirurgicale, T. V.

JANET. — Diagnostic et traitement de la blennorragie, 1929.

JUNGANO. — La flore bactérienne de l'urètre normal chez l'homme. Ann. gén. urin., 1908, T. II.

BUERGER. — The normal and pathological posterior uréthra and neck of the bladder. Amer. J. of Urol., 1911.

R. HENRY. — Urétroscopie postérieure. J. d'Urol., 1913.

ABADIE. — Les avantages de l'urétroscopie. Ann. gen. urin., 1910.

FINGER. — La blennorragie et ses complications.

MOTZ. — Qq. Considérations sur les urétrites non gonococciques. Ann. gen. urin., 1910, T. I.

LE FUR. — De la diathermie en urologie. Cong. Fr. d'urol. 1921.

OECONOMOS. — L'infection colibacillaire de l'appareil urinaire, 1931.

